

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1934-1935

N°

THÈSE

795

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

TANTIN Henri

né le 17 mai 1908, à La Tremblade (Charente-Inférieure)

**De l'induration
œdémateuse du col
conséquence du travail de l'accouchement**

Président : M. BRINDEAU, Professeur

IMPRIMERIE « LABOR »
20, RUE DELAMBRE, PARIS (XIV^e)

1935

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1934-1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

TANTIN Henri

né le 17 mai 1908, à La Tremblade (Charente-Inférieure)

De l'induration œdémateuse du col conséquence du travail de l'accouchement

Président : M. BRINDEAU, Professeur

IMPRIMERIE « LABOR »
20, RUE DELAMBRE, PARIS (XIV^e)

1935

LE DOYEN : M. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale	MM. BENARD Henri.
Pathologie médicale	BERNARD Etienne.
Pathologie médicale	BOULIN.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	de GAUDART d'ALLAINES.
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Obstétrique	LACOMME.

Obstétrique	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale	LAROCHE (Guy).
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
Neuro-psychiâtrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie médicale	MOUQUIN.
Anatomie pathologique	OBERLING.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique	SANNIE.
Pathologie chirurgicale	SENEQUE.
Pathologie expérimentale	TROISIERS.
Pathologie médicale	TURPIN.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale	WILMOTH.
Hydrologie.	BESANÇON.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

	MM.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE, A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
Clinique médicale	ALAJOUANINE.
Clinique médicale	AUBERTIN.
Clinique médicale	BRULE.
Clinique médicale	CHABROL.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DONZELOT.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique médicale	LIAN.
Clinique médicale	VALLERY-RADOT (Pasteur).
Clinique médicale	SEZARY.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	BROcq.
Clinique chirurgicale	CADENAT.
Clinique chirurgicale	CATELLIER.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale	MOURE.
Clinique chirurgicale	QUENU.
Clinique chirurgicale	VELTER.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale	GUENIOT.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.
Clinique obstétricale	ECALLE.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLE.
Stomatologie.	FREY.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

Le témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance pour tous les sacrifices qu'elle a faits pour moi.

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A M. le Professeur BRINDEAU

*En témoignage de ma respectueuse
reconnaissance pour l'honneur qu'il m'a
fait en acceptant la présidence de cette
thèse.*

A mon Maître M. le Docteur V. CATHALA

*Qui a été l'instigateur et le guide de ce
travail.*

*En témoignage de ma reconnaissance
et de ma respectueuse admiration.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

- 1926 M. le Professeur LEJARS (*in memoriam*)
Professeur de clinique chirurgicale.
M. le Professeur SERGENT
Professeur de clinique propédeutique.
1927 M. le Professeur agrégé CADENAT
M. le Professeur LEMIERRE
1928 M. le Professeur NOBÉCOURT
M. le Docteur FAURE-BEAULIEU

EXTERNAT

- 1929 M. le Professeur agrégé DESMARETS
Chirurgien de l'hôpital Ambroise-Paré.
1930 M. le Docteur MÉTHIVET
Chirurgien de l'hôpital Ambroise-Paré.
1931 M. le Professeur LEMIERRE
Médecin de l'hôpital Bichat.
M. le Docteur MILHIT
Médecin de l'hôpital Tenon.
1932 M. le Professeur agrégé ALAJOUANINE
Médecin de l'hospice de Bicêtre.
1933 M. le Docteur PINARD
Médecin de l'hôpital Cochin.
1934 M. le Docteur CATHALA
Accoucheur de l'hôpital Saint-Louis.

A MES AUTRES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

- M. le Docteur René DUBOIS
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté.
M. le Docteur Paul RENAULT
Chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152018_0111

INTRODUCTION

Dans la pratique obstétricale, les dystocies cervicales sont fréquentes.

Celles qui sont dues à des lésions anatomiques du col utérin, antérieures à l'accouchement, font l'objet d'un chapitre qui ne prête plus à discussion.

Il n'en est pas de même lorsque des anomalies de la dilatation surviennent au cours du travail, alors que le col était auparavant normal. Si le phénomène d'agglutination de l'orifice externe du col est classique; si l'on rapporte à une exagération anormale du tonus utérin ce que l'on appelait autrefois « rigidité spasmodique », on discute encore sur la pathogénie des cas nombreux où le travail « traîne en longueur », où la dilatation après avoir commencé s'arrête, où le col se gonfle d'œdème, où il durcit, devient rigide et peut se sphacéler et s'amputer spontanément.

Sous le nom de rigidité du col de l'utérus pendant le travail, les anciens décrivaient « un état de dureté et d'inextensibilité de son tissu et particulièrement de son orifice externe pendant le travail. La résistance anormale qui en résulte met obstacle à la marche régulièrement progressive de la dilatation. » Tarnier.

Cette « rigidité anatomique » des auteurs, qui s'opposait assez confusément à la rigidité spasmodique et

à la rigidité pathologique, était nettement mise à part des manifestations de l'œdème du col.

Il n'en est plus ainsi depuis les travaux de Potocki et de Wallich qui font de l'œdème la cause de la rigidité dite anatomique, il n'en est plus ainsi depuis que des recherches cliniques précises ont permis de rapporter à une cause mécanique, à un rétrécissement du bassin principalement, l'origine même de l'œdème.

Dans ce travail, nous étudierons tout d'abord en détail l'évolution de ces connaissances, puis à l'aide d'observations anciennes typiques que nous comparerons à celles que nous avons puisées dans les archives de la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, nous montrerons que la rigidité anatomique anciennement décrite et l'œdème dur du col sont une même chose.

Mais avant d'entreprendre cette étude, qu'il nous soit permis de remercier les maîtres dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève et qui ont tant fait pour notre instruction médicale.

Les docteurs Méthivet, Milhit, Pinard, Cathala, les professeurs agrégés Desmaret et Alajouanine, le professeur Lemierre, dont nous avons été l'externe, ont été pour nous des maîtres incomparables.

Avec bienveillance, avec beaucoup de sollicitude et de sympathie, ils ont toujours essayé de nous inculquer le meilleur de leur science. Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre grande admiration et de notre respectueuse sympathie.

Nous tenons, en outre, à remercier particulièrement le docteur René Dubois, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté, qui nous a aidé, guidé de ses conseils toujours empreints d'une cordiale affection. Il a été pour nous un maître inestimable.

HISTORIQUE

Dans l'introduction à cette étude, nous avons signalé combien récemment encore la confusion pouvait régner entre les anomalies de la dilatation, le spasme et la rigidité du col de l'utérus en travail.

Depuis fort longtemps pourtant, les modifications de consistance du col utérin créant une dystocie ont préoccupé les accoucheurs. Au début du siècle dernier, Mme Lachapelle publiait une remarquable observation de rigidité du col dans un cas de bassin rétréci et écrivait néanmoins dans son traité p. 298 : « La rigidité de l'orifice utéro-vaginal est assez fréquente et on la rencontre souvent avec l'inertie par épuisement, soit comme cause, soit comme effet..., *cet état que je nomme rigidité doit être considéré comme une disposition anatomique particulière.* »

Cette opinion prévaudra longtemps pour grouper toutes les dystocies cervicales. Dans *l'Art des Accouchements*, Baudeloque, neveu, écrit : « *La rigidité du col et sa rétraction spasmodique me semblent une même chose.* Dans cet état, l'orifice utérin est mince, tendu, sensible au toucher, et cède très lentement à la contraction. Cette disposition est extrêmement fréquente : c'est certainement la cause la plus ordinaire du travail lent. Les bains sont un excellent moyen de la combattre. » Gardien, Capuron, Nægelé, Velpeau : « Le col est dur

et non malade », ne s'élèveront pas contre l'opinion classique alors, mais vague.

Cazeaux et Tarnier (*Traité d'accouchements*, pp. 718-19) vont ouvrir une ère nouvelle en donnant de la « rigidité du col » une description clinique devenue classique en l'opposant « à la rigidité spasmodique ».

...« La rigidité du col, qu'on appelle encore rigidité anatomique mécanique, est beaucoup plus rare que le spasme du col utérin, que l'on désigne souvent sous le nom de rigidité spasmodique. Dans la rigidité anatomique, *les fibres du col semblent avoir une résistance extraordinaire, que nulle altération ne peut expliquer*, c'est une espèce de résistance passive en vertu de laquelle le col ne cède pas à la dilatation. Son tissu paraît dense et pourrait être comparé à *du cuir imbibé de graisse*. Le travail se prolonge, sans que l'orifice se dilate, celui-ci conserve au contraire une certaine épaisseur, c'est en vain que les contractions utérines se succèdent et que la femme s'épuise en d'inutiles efforts. Il ne faut pas confondre cet état anatomique du col avec un orifice qui reste simplement épais parce que les contractions utérines sont insuffisantes, mal dirigées ou anihilées par un obstacle mécanique à l'engagement du fœtus.

Plus tard, Doleris battra en brèche « cet état anatomique du col » (voir observations citées), mais il faudra attendre les études anatomo-pathologiques de la fin du siècle dernier pour qu'on sache que la rigidité qui donne au col utérin l'aspect de cuir imbibé de graisse est le fait de l'œdème.

On considérera alors deux variétés anatomo-cliniques de l'œdème cervical suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas de rigidité, mais ce dernier prendra alors une place im-

portante et prépondérante, non seulement parce qu'il est le plus dystocique de tous, *mais surtout à cause des discussions pathogéniques dont il est encore l'objet.*

A quoi est dû cet aspect clinique particulier qui lui donné une place à part, parmi les autres œdèmes du col? Quelles causes reconnaît-il?

Deux conceptions différentes, s'appuyant sur des documents anatomo-pathologiques se trouvent, dès lors, en présence. La première, défendue par Wallich à maintes reprises, fait jouer le principal rôle à des troubles circulatoires d'origine mécanique; la seconde incrimine l'infection. Rappelons brièvement les arguments fournis de part et d'autre.

A la suite de Doleris (1887), Bouffe de Saint-Blaise (1890) et plus tard Audebert émettent l'opinion que l'état du col, caractérisant la rigidité dite anatomique est dû en réalité à des lésions constituées au cours même du travail.

Wallich (1891) publie deux observations accompagnées d'examens anatomo-pathologiques et aboutit à la même conclusion. Dans l'un de ces cas, tout au moins, il existe une apparente infiltration sanguine et œdémateuse due, pour l'auteur, à une compression prolongée de la tête engagée.

Couvellaire (1908) relate deux observations accompagnées d'examens histologiques dénotant une infiltration séro-sanguine, mais aussi une intense réaction inflammatoire caractérisée par l'abondance des leucocytes. « Le terme d'œdème passif, écrit l'auteur, ne répond pas aux faits. Celui d'inflammation aiguë avec hyperémie et œdème séro-sanguin résume exactement l'état histologique des tissus, sans qu'on puisse dire qu'il s'agit d'un œdème inflammatoire ou d'une inflammation aiguë

surajoutée à un œdème mécanique. » Et, bien que la recherche des germes sur coupes soit demeurée négative, il ajoute qu'il est fort porté à admettre l'origine microbienne de cette inflammation.

Potocki et Sauvage (1912) pratiquent l'examen microscopique d'un lambeau spontanément détaché d'un col en état de rigidité secondaire. Œdème, congestion vasculaire, hémorragie se retrouvent encore ici. Les polynucléaires sont peu nombreux, mais il existe au niveau du revêtement muqueux, un grand nombre de micro-organismes. Les auteurs en concluent que l'infection doit jouer souvent un rôle important dans la pathogénie des lésions du col atteint de rigidité œdémateuse.

Cette opinion se trouve corroborée par les constatations de Lelièvre et Vignes (1921) : dissoociation œdémateuse des éléments conjonctifs. Suffusions sanguine, réaction inflammatoire des parois vasculaires, infiltration leucocytaire et surtout, abondance de microbes, non pas seulement dans les mailles du tissu nécrosé, mais également dans la lumière des vaisseaux où ils forment de véritables embolies. Considérant ces microbes comme des pneumocoques, et rapprochant leur présence des antécédents pulmonaires de la parturiente, Lelièvre et Vignes soulèvent l'hypothèse d'une infection hémato-gène.

Vignes et Cornil (1921) retrouvent les mêmes altérations anatomo-pathologiques, mais ne parviennent pas à mettre en évidence la présence de micro-organismes.

A la suite de cette dernière communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, Wallich est amené à préciser le mécanisme qui, selon lui provoque la rigidité œdémateuse du col. Au point de vue anatomo-pathologique, il n'y a pas de variétés différentes, mais des

modalités diverses d'un même processus ayant, avant tout, pour cause productrice un trouble de la circulation sanguine ou lymphatique. Infiltration sanguine ou infiltration leucocytaire sont pour Wallich des phénomènes équivalents et se rattachant à la même origine mécanique. « Qu'à côté de ces troubles circulatoires, admet-il, on puisse noter de l'infection et mettre en évidence une infiltration microbienne, cela n'a rien d'extraordinaire chez les femmes exposées à tous les inconvénients d'un travail prolongé. »

Desnoyers et Fisch (1923), à l'occasion d'une hystérectomie totale pour déchirure propagée au segment inférieure, chez une femme ayant présenté un certain degré de rigidité cervicale, pratiquent un examen histologique du col. En dehors des aspects habituellement constatés (dilatation des vaisseaux, extravasation sanguine, infiltration leucocytaire intense), il existe des microbes, non pas dans le tissu conjonctif, les vaisseaux ou les glandes, mais dans quelques cellules diapédétiques.

Continuant à défendre sa conception mécanique, Wallich insiste à nouveau, à propos de la communication précédente, sur le caractère normal, physiologique, de certains aspects considérés à tort comme pathologiques. « Congestion sanguine et lymphatique, œdème, se rencontrent peut-être sur tous les cols dilatés; ceux-ci ne sont rendus véritablement rigides et c'est là mon hypothèse que par l'infiltration lymphatique et surtout sanguine, cette dernière paraissant bien plus exprimer un désordre anatomique résultant du traumatisme consécutif à l'étirement tissulaire de la dilatation, qu'à une réaction leucocytaire contre un envahissement microbien. »

Dans une étude récente portant sur des examens minutieux et précis de coupes histologiques de fragments de cols examinés selon les méthodes de Claudius et de Romanowsky, Cathala et Seydel n'ont pu mettre en évidence des microbes que dans les culs-de-sac glandulaires où leur constatation est banale.

« Si l'œdème infectieux existe, il doit être exceptionnel, car dans les cas d'œdème habituellement observés au cours du travail, on ne trouve pas de signes d'infection et quand ceux-ci existent, il semble nettement, comme le pensait Wallich, que l'infection soit secondaire à l'œdème. »

Tels sont les faits saillants de l'histoire de la rigidité œdémateuse mécanique. En étudiant l'anatomie pathologique et la pathogénie de l'œdème, nous ferons en particulier appel à des faits déjà signalés sans crainte de nous redire.

ETUDE CLINIQUE

L'œdème dur est une forme bien individualisée des œdèmes du col. Son étendue aux trois quarts ou à la totalité du col utérin, sa consistance qui est celle du « cuir imbibé de graisse », ses caractères anatomo-pathologiques, son évolution particulière vers le sphacèle, son caractère hautement dystocique qui réclame un traitement rationnel, enfin sa cause mécanique, sous la dépendance d'une atrésie du bassin, en fait une individualité clinique autrefois décrite sous le nom de rigidité anatomique.

Cet accident se présente le plus souvent chez une primipare quelquefois âgée, qui est envoyée à l'hôpital parce que le travail dure depuis longtemps et que la dilatation ne progresse pas.

La parturiente est fatiguée, se plaint de maux de reins très vifs, son pouls est rapide et sa température est souvent élevée.

Le palper montre un utérus rétracté sur le fœtus, quelquefois tétanisé ou inerte, et l'on apprend que depuis longtemps les membranes sont rompues.

L'exploration du fœtus, gênée par la rétraction utérine, permet de constater qu'il est à terme et parfois volumineux; il se présente en général par le sommet, soit défléchi, soit très fléchi, le front est haut, saillant, peu engagé.

La souffrance fœtale est fréquente et les bruits du cœur peuvent n'être plus perçus.

Par la vulve s'écoule un liquide amniotique qui peut contenir du méconium. Le toucher confirme la rupture des membranes et permet d'explorer le col qui est profondément modifié. Il est le siège d'un œdème l'infiltrant aux trois quarts ou en totalité. Cet œdème est d'une égale épaisseur, généralement inférieure à un centimètre, ne formant pas bourrelet mais recouvrant la tête fœtale à la manière d'une calotte dont la consistance est ferme, comme celle « du cuir imbibé de graisse ».

La tête fœtale qui pointe dans l'excavation est très fléchie, en position habituellement oblique, ce qui indique une accommodation dans une bassin généralement rétréci.

L'examen à l'aide de valves montre un col épais, de couleur foncée, aubergine, presque noire, dont la surface présente parfois des plaques de sphacèle.

La dilatation de 4 à 5 cm. au maximum permet d'apercevoir la bosse séro-sanguine.

Evolution

Tels sont les symptômes de l'œdème dur total du col, symptômes de dystocie confirmée qu'on observe en général seulement à cette période chez une parturiente en travail depuis un certain temps.

Si la femme a été examinée à la fin de la grossesse, on a bien constaté un défaut d'engagement, un léger rétrécissement du bassin ou un gros fœtus, mais l'appréciation de la disproportion fœto-pelvienne n'a pas permis de conclure à l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles.

Le travail a débuté normalement par des contractions utérines régulières et la dilatation a progressé.

En effet, l'œdème n'apparaît pas tant que la présentation est haute et mobile. Il débute avec l'engagement, quand la présentation se met au contact du détroit supérieur et que le travail se prolongeant, les membranes viennent à se rompre. Lors qu'exceptionnellement l'œdème se produit avant la rupture de la poche des eaux, le liquide amniotique est peu abondant et les contractions utérines énergiques.

Le travail se poursuivant, la tête fœtale vient s'immobiliser au détroit supérieur, alors l'œdème augmente et la dilatation s'arrête. Seul le déplacement de la présentation pourrait faire cesser l'œdème comme cela est fréquent spontanément dans les cas d'œdème de la lèvre antérieure, comme il a dû survenir dans un cas d'œdème dur observé par Doléris.

A cette phase, les contractions, avant de disparaître, n'ont plus d'action sur l'orifice externe du col œdématié, mais sur la partie haute du col, dont les parois dépourvues d'œdème s'allongent et s'amincissent. On assiste alors à une ascension de la circonférence cervico-vaginale et à un approfondissement parfois très marqué des culs-de-sac du vagin (M. Cathala). C'est là une modification d'une énorme importance thérapeutique, car sont possibles alors, et sans danger, les incisions du col.

Si l'on n'intervient pas, la femme peut rester pendant

plusieurs jours avec une dilatation stationnaire sans contractions utérines.

L'accouchement peut encore se produire spontanément grâce à l'escharification de la zone cervicale comprimée entre la tête et le bassin et à la chute du bourrelet formé par le col œdématisé. Cette amputation spontanée du col se fait sans hémorragie et le col éliminé en entier se présente comme une plaque arrondie circonscrivant un orifice central, comparée à une bobèche.

Complications

Des accidents infectieux ou mécaniques peuvent survenir au cours de l'évolution de l'œdème du col.

L'infection amniotique, favorisée par la rupture précoce des membranes et la longueur du travail, est d'une gravité particulière pour l'enfant.

*
**

Des lésions traumatiques s'observent également chez la mère et chez l'enfant.

Chez la mère, l'amputation spontanée du col n'offre aucune gravité en dépit des dégâts apparents, elle n'en-

traîne à aucun accident, même lors d'un accouchement ultérieur.

Par contre, les lésions de sphacèle siégeant au-dessus de l'insertion cervico-vaginale, sont d'une gravité particulière.

La chute d'une escharre postérieure, au niveau du promontoire, provoque rapidement une péritonite. Bien plus fréquentes sont les lésions traumatiques antérieures, ou la compression s'effectue au maximum tant au cours du travail qu'au moment où l'on intervient pour extraire la tête. Par le même processus d'escharification, on assiste secondairement à des fistules vesico-utérines.

Les lésions traumatiques de l'enfant sont variées. Outre la compression du cordon entraînant la souffrance fœtale, sous l'influence de la rétraction de l'utérus vide de liquide amniotique, on doit craindre les hémorragies intra-craniennes et les lésions de sphacèle et de nécrose des téguments.

L'hémorragie méningée est fréquente du fait même du rétrécissement pelvien dans lequel la tête est coincée fortement, comme le montre le chevauchement des os du crâne.

De plus, l'application de forceps au détroit supérieur ou à la partie haute de l'excavation est une cause fréquente d'hémorragie intra-crânienne.

Les lésions de sphacèle et de nécrose des téguments de l'enfant sont variables, elles sont conditionnées par une compression forte et souvent prolongée de la présentation contre le rebord du détroit supérieur, ou même sur la paroi pelvienne (M. Cathala).

Pronostic

Le pronostic de l'œdème du col est très variable, mais toujours sérieux. Pour la femme, il est dominé par la possibilité des complications infectieuses. Pour l'enfant, il dépend de la durée du travail après rupture des membranes et du degré du rétrécissement pelvien. C'est pour ces raisons que l'œdème dur du col sera traité chirurgicalement dès que son diagnostic sera posé et que les indications opératoires seront contrôlées.

ANATOMIE -- PATHOLOGIQUE

TARNIER ayant distingué les différentes formes de l'œdème du col en faisant deux lésions de nature différente; l'une, sous le nom de fausse rigidité, englobait tous les cas d'œdème simple, l'autre sous le nom de rigidité anatomique concernait les cas où la résistance du col à la dilatation ne pouvait s'expliquer par aucune altération.

Depuis les examens histologiques de POTOCKI et de WALLICH qui n'ont montré que de l'œdème et de la congestion, la rigidité anatomique a cessé de garder son individualité mystérieuse et n'est plus considérée que comme une forme d'œdème et est décrite sous le nom d'œdème dur du col.

En effet, œdème simple, œdème polypiforme, œdème avec rigidité sont les formes d'une même lésion : l'œdème. La clinique et l'examen des corps histologiques permettent d'observer tous les degrés intermédiaires que l'anatomie pathologique confirment et dans une étude récente MM. CATHALA et SEYDEL ont pu écrire: « il n'y a de différence entre les formes d'œdème que par le degré et le développement des altérations du col, mais ce sont des formes dépendant d'une même cause et ayant la même origine ».

Il convient donc d'abord de rappeler les caractères généraux de l'œdème.

On les rencontre typiquement dans l'œdème mou qui se présente selon l'image classique de la boule d'œdème de Ranvier : dissociation des fibres conjonctives par gonflement de la substance fondamentale, cellules fixes en activité, leucocytes migrants.

L'œdème avec rigidité présente des lésions plus importantes :

En dehors de l'aspect œdémateux classique, il existe une intense congestion vasculaire, avec issue de leucocytes et de globules rouges dans les espaces conjonctifs.

Les capillaires sont largement dilatés, leurs cellules endothéliales sont turgescentes et l'activité diapéditique est très marquée.

La paroi des vaisseaux est par place rompue. Des épanchements sanguins plus ou moins nombreux, plus ou moins importants infiltrent d'hématies et de polynucléaires les tissus environnants, donnant au col cette consistance si particulière de cuir imbibé de graisse, cet aspect si particulier, violacé presque noir.

En somme, le tassement des boules d'œdème, la congestion vasculaire, l'infiltration leucocytaire, les suffusions sanguines, les hémorragies interstitielles, le resserrement des tissus caractérisent l'œdème avec rigidité.

Des observations Potocki et Sauvage — Lelièvre et Vignes — Desnoyer et Fisch ont signalé la présence de microorganismes dans les pièces examinées et l'infestation a pu être évoquée comme pathogénie des œdèmes du col avec infiltration leucocytaire. En réalité la critique de ces observations a montré que l'infection du tissu cervical est secondaire et rare, car les recherches les plus minutieuses n'ont pas montré de microorganismes dans la plupart des cas publiés.

PATHOGÉNIE

L'œdème avec infiltration leucocytaire et suffusions sanguine qui caractérise « l'ancienne rigidité anatomique » fut le principal argument des discussions pathogéniques récentes et cependant, comme l'œdème mou, l'œdème avec rigidité relève d'une même cause mécanique.

Avant donc d'étudier la pathogénie de ce dernier nous rappellerons le mécanisme actuellement admis de l'œdème simple.

La pathogénie des œdèmes sans rigidité a été peu discutée. C'est dans ce cas en effet que le facteur mécanique apparaît le plus nettement.

L'œdème aigu, type Gueniot est du classiquement à un affaissement brusque du segment inférieur, entraînant des troubles circulatoires et provoquant l'œdème cervical.

Quant à l'œdème polyforme il a été étudié par Rouvier qui en a entrevu le mécanisme. Il s'agit en réalité, presque toujours de présentation du sommet — occipite postérieurs principalement. La primiparité serait moins en cause ici que dans les autres variétés d'œdème et les pelvi-viciations assez rares. Rouvier en a cependant publié une observation : travail prématuré, O I G A non engagée, sans déflexion, bassin généralement rétréci.

Œdème dû à la pression locale exercée par l'avoïde céphalique sur un point latéral gauche de l'arc antérieur du bassin; cette observation est comparable à celles de HIRT (1875) et de PILAT (1878).

En fait la pathogénie d'un tel œdème, actuellement admise est la suivante : « Nous avons toujours observé cet œdème polypiforme chez des femmes qui ont déjà eu une dystocie cervicale par œdème de la lèvre antérieure au cours d'un accouchement précédent. Il semble qu'il s'agisse d'une lèvre antérieure du col qui, comme il arrive parfois a été déchirée transversalement au passage de la tête et est restée adhérente par l'une de ses extrémités. La partie du col déchirée est restée saillante après la rétraction du col et c'est cette portion isolée de la lèvre antérieure qui, sous l'influence de la même cause, s'œdématie de nouveau au cours d'un accouchement ultérieur. L'œdème reste localisé à cette partie saillante du col d'autant que celle-ci est limitée de chaque côté par du tissu cicatriciel qui s'oppose à l'extension de l'œdème.

L'œdème polypiforme doit donc être considéré comme une récidue d'un œdème de la lèvre antérieure du col déchiré à un accouchement précédent. » (M. CATHALA).

L'explication mécanique, la seule logique, de ces œdèmes sans rigidité, ne souffre donc aucune difficulté. Il n'en est pas de même des œdèmes avec rigidité.

Si dans ces derniers cas une cause mécanique est également en jeu, comment se fait-il que leur aspect anatomo-clinique soit si différent de celui des précédents ?

Nous ne pensons pas que ce soit le fait d'une infection brutale d'un col sain ou déjà œdématié comme le soutiennent les partisans de la théorie infectieuse.

Cette théorie est fondée sur la constatation de micro-organismes dans les corps histologiques. Il n'en existe que trois observations.

Dans la plus ancienne (POTOCKI et SAUVAGE, 1912) il est fait mention d'une flore polymicrobienne, située à la périphérie dans la lumière des vaisseaux sanguins et dans les placards d'œdème. Les auteurs signalent que le revêtement épithélial avait complètement disparu. Il s'agissait d'un col d'abord fissuré puis spontanément détaché, ou presque, à la suite d'un travail particulièrement prolongé et pénible, marqué par de longues phases d'arrêt.

La seconde observation (LELIÈVRE et VIGNES 1912) signale la présence de microbes fort abondants (gros bacilles, cocci, tétrades, diplocoques) composant de même que précédemment, une flore polymicrobienne. Le col en état de dilatation stationnaire à cinquante centimètres, depuis quatre jours, présentait en arrière, un aspect grisâtre, sphacélique et une escarre limitée au museau de tanche.

Dans l'un et l'autre de ces deux cas, il est difficile d'écarter l'hypothèse d'une infection secondaire, car on sait combien s'infectent facilement des tissus présentant des troubles circulatoires importants, aussitôt qu'apparaît une solution de continuité dans l'épithélium protecteur.

Dans une autre observation de 1923 (DESNoyERS et FISCH) se trouve également consignée la présence de germes. Mais ici, ce n'est ni dans les vaisseaux ni dans les mailles du tissu œdématié qu'on les trouve mais à l'intérieur des cellules diapédétiques. Dans ce cas encore, le travail avait été long et pénible, il avait duré cinq jours et l'œuf était ouvert.

Quoi qu'il en soit de la nature des infections rapportées, leur petit nombre s'oppose à celui de cas publiés où les recherches bactériologiques sur coupes sont demeurées négatives.

Mais à quoi est dû l'aspect inflammatoire du tissu cervical?

La présence de polynucléaires dans le chorion du col utérin est constante à l'état normal. Le passage des leucocytes à travers la paroi des vaisseaux, leur cheminement jusqu'à l'épithélium où on les voit s'immiscer entre les cellules et passer ainsi dans les sécrétions qui en renferment constamment n'est encore qu'un phénomène banal. Ce que l'on constate au niveau d'un col œdématié n'est donc que l'exagération d'un processus habituel, M. BRINDEAU. La stase veineuse et lymphatique qui s'accompagne de vaso-dilatation intense, facilite la margination et la diapédèse des leucocytes. Ceux-ci paraissent alors nombreux dans les mailles du tissu œdématié. Ces faits caractérisent l'inflammation considérée comme un phénomène neuro-vasculaire et non comme la conséquence d'une chimio-taxie-leucocytaire. Ce phénomène peut être déclenché par des causes diverses, il peut être également sous la dépendance de troubles circulatoires d'origine mécanique. Le passage des leucocytes peut, dans ce cas s'opérer rapidement : favorisé par la pression du courant liquide et la porosité des vaisseaux dilatés. Ainsi s'expliquent le passage des leucocytes et celui des hématies.

Cette issue des leucocytes hors des vaisseaux paraît se produire surtout quand il y a résistance à la dilatation. Dans un cas de sténose cicatricielle du col (dû à un traitement antérieur par caustique) rapporté par PINARD, SECOND et COUVELAIRE, l'examen histologique

montra une réaction inflammatoire œdémateuse avec une très abondante infiltration leucocytaire: les veines étaient oblitérées par des thrombus infiltrés de globules blancs. La recherche des micro-organismes fut négative.

L'aspect d'œdème inflammatoire n'est donc pas un argument en faveur de la nature infectieuse de la rigidité cervicale.

Mais alors, en admettant à l'origine une même cause mécanique, comment expliquer une manifestation aussi différente de l'œdème sans rigidité que l'œdème avec rigidité.

D'une part, en effet, les tissus se laissent distendre jusqu'à constituer des tumeurs volumineuses de consistance en général molle; d'autre part, le gonflement, très limité ne tarde pas à aboutir à un durcissement remarquable des tissus. Cette différence entre des effets reconnaissant en dernière analyse — selon toute vraisemblance — une même cause mécanique, peut être attribuée à la texture du col et à son comportement en présence de l'infiltration œdémateuse.

Suivant, en effet, qu'un col est plus ou moins riche en faisceaux conjonctifs, plus ou moins sclérosé, sa distension, pour une même pression d'infiltration vaincra entre des limites assez étendues. Si le col par suite de sa structure anatomique, oppose une résistance suffisante à l'imbibition, les vaisseaux se détendent peu à peu sous la pression du liquide qui ne peut transcéder. Il en résulte pour peu que la situation se prolonge, des ruptures vasculaires suivies d'hémorragies interstitielles.

Déjà l'inextensibilité cervicale, conjuguée avec une

pression œdémateuse suffisante donne lieu à une dureté qui s'oppose à la mollesse des œdèmes les plus volumineux.

Viennent des raptus hémorragiques à se produire, globules rouges et leucocytes, répandues dans les mailles du reticulum conjonctif donnent au col la consistance classique de cuir imbibé de graisse.

Le rôle de ce facteur anatomique avait été noté par POTOCKI qui écrivait en 1906 : « il n'y a dans le gonflement du col par l'œdème qu'un accident momentané, lequel ne modifie que peu la souplesse du col. Il peut en être autrement en cas de lésions cervicales antérieures à la grossesse, ces lésions étant caractérisées par la présence d'un excès de tissus, et de tissus plus ou moins indurés par la sclérose... En ce cas, le col devient dur, ligneux, non dilatable et souvent se déchire, on pourrait dire qu'il se brise. » *Cet essai de réhabilitation du facteur natomique se réduit à néant devant les observations cliniques qui montrent qu'aucun œdème ne se produit à un accouchement ultérieur, lorsque le bassin a été chirurgicalement agrandi.*

*
**

Quelles sont donc les causes mécaniques qui président à la formation de l'œdème du col au cours du travail ?

TARNIER expliquait la « fausse rigidité » par le fait de contractions utérines insuffisantes, mal dirigées ou par l'inertie due à un obstacle mécanique à l'engagement du fœtus, les membranes étant rompues.

DOLÉRIS attribuait également l'œdème cervical à un

trouble du mécanisme de l'accouchement relevant de l'inertie utérine.

WALLICH expliquait l'infiltration lymphatique et sanguine par le traumatisme produit par l'étiement tissulaire de la dilatation et rejetait l'hypothèse de la réaction de défense contre un envahissement microbien.

M. COUVELAIRE, bien que partisan de la nature infectieuse de l'œdème du col, semble admettre que le col n'est pas seul en cause, mais que ses altérations sont sous la dépendance du corps utérin privé d'élasticité et rétracté sur le fœtus dans un état analogue à la contracture.

M. DEMELIN fait jouer à la circulation sanguine utérine le rôle prépondérant. Sous l'influence d'un saillant fœtal gênant la circulation veineuse de retour, l'œdème se produit et se localise particulièrement au niveau du col non gêné, non comprimé, pour lui donner son aspect mou ou dur suivant le mode du processus.

La marche anormale du travail, l'insuffisance des agents habituels de la dilatation ont été invoqués par POTOCKI et SAUVAGE. Le spasme primitif du col par SCHICKELÉ et KREIS.

Ces diverses hypothèses ne semblent pas satisfaisantes, car dans tous les cas l'œdème devrait se répartir uniformément sur la totalité de l'anneau cervical, de plus, on devrait pouvoir le suivre sur son trajet du corps sur le col, or il existe toujours à la partie supérieure du col, une zone très mince qui forme un anneau dépourvu d'œdème.

Les anomalies de la contraction utérine sont pourtant la règle chez les parturientes atteints d'œdème du col. La rétraction utérine l'inertie sont plutôt sous la dépendance de l'obstacle à l'engagement, lui sont donc

secondaires comme l'œdème est secondaire aux troubles circulatoires qu'il crée.

« La véritable cause de l'œdème cervical au cours du travail est la compression du col entre la partie fœtale et la paroi pelvienne. » M. CATHALA.

L'observation magistrale de Mme LA CHAPELLE démontre clairement cette pathogénie que TARNIER n'a signalée que pour l'œdème de la lèvre antérieure du col.

WALLICH invoqua pour expliquer les troubles circulatoires générateurs des lésions anatomo-pathologiques qu'il a décrites le pincement, l'étirement du col ou du segment inférieur entre le bassin et la tête fœtale.

ROUVIER a signalé un cas où l'état de déflexion de la tête fœtale augmentait ses diamètres et la faisait appuyer sur l'arc antérieur du bassin.

M. GIRARD (Thèse 1922) signale 67 cas d'œdème du col. Dans 6 observations, le fœtus était volumineux, dans 14 le promontoire était accessible. M. COHEN (Thèse 1927) a noté que l'on constate souvent un léger rétrécissement du bassin quand on constate de l'œdème du col.

Une seule observation, celle de LELIÈVRE et VIGNES, ne permet pas d'affirmer la compression du col.

Dans 95 observations, M. CATHALA a relevé 65 fois un rétrécissement du bassin ou une position tranverse du sommet, 12 fois un gros fœtus, 3 présentations de la face, 2 présentations du front, 1 présentation du siège, 1 présentation de l'épaule. Dans 11 cas seulement, la cause de l'œdème n'avait pas été signalée.

Rétrécissement du bassin, excès de volume du fœtus, telles sont, sauf exception, les causes de l'œdème cervical. On comprend aisément que c'est à la suite de la rupture de la poche des eaux que s'effectue la compres-

sion du col que les troubles circulatoires qui en résultent produisent l'œdème.

Cette pathogénie qui fait intervenir le bassin et le fœtus rend compte des différentes modalités cliniques.

Dans un bassin annelé, la compression de la tête peut être passagère et l'œdème transitoire.

Dans un bassin canaliculé la compression persistant, l'œdème augmente.

Dans un bassin aplati et annelé, si la tête défléchie en transverse s'immobilise au détroit supérieur, on assistera à la production d'œdème de la lèvre antérieure.

La rigidité œdémateuse du col est réalisée dans les cas de bassin généralement rétréci. La tête descendant en flexion accentuée appuie sur une grande partie du pourtour du bassin. Le col étroitement appliqué comme une calotte sur la tête fœtale du fait d'un certain degré d'engagement est comprimé par l'appui qu'il a sur une grande partie du pourtour du bassin.

Ce sont ces conditions qui permettent la formation de l'œdème dur qui n'est pas une lésion anatomique particulière, mais un œdème sous pression avec suffusions sanguines et infiltration leucocytaire intense.

L'observation minutieuse, suivie d'autopsie de Mme LA CHAPELLE montre d'une façon saisissante cette pathogénie.

En dehors des cas d'œdème mou de la lèvre antérieure et d'œdème dur total du col réalisés par des lésions anatomiques différentes du bassin, toutes les variations cliniques existent, puisque la dystocie cervicale secondaire est sous la dépendance du bassin, d'une part, du volume et de la présentation du fœtus, d'autre part. La pathogénie est la même.

TRAITEMENT

Le pronostic de l'œdème dur du col étant dominé par les complications infectieuses et traumatiques, la lésion étant sous la dépendance même d'une viciation pelvienne, le traitement doit être précoce et chirurgical.

L'intervention de choix de la dystocie cervicale consiste à inciser le col, non comme le conseillait TARNIER par de multiples petites incisions de l'anneau œdématié, mais par les grandes incisions préconisées par DUHRSEN et réalisées dans les conditions indiquées par M. CATHALA.

Le col étant incisé, l'accouchement sera pratiqué rapidement, mais étant donné la dystocie pelvienne, étant donné que la tête n'a pas franchi, ou est coincée au détroit supérieur et connaissant le danger et souvent l'échec d'une application de forceps, on pratiquera une pelvitomie : pubiotomie ou symphysiotomie selon le rétrécissement du bassin.

Le bassin étant agrandi, la tête descend et peut alors être facilement saisie au forceps, à moins qu'à l'aide de l'extrait hypophysaire, selon le procédé de ZARATE, on préfère obtenir l'expulsion spontanée.

Si le fœtus a succombé au cours du travail, son extraction sera faite par embryotomie après incision du col.

Ces interventions seront toujours suivies d'une explo-

ration minutieuse des parties molles : du col, du segment inférieur, de la vessie.

Les lésions du périnée seront réparées, mais le col œdématisé ne sera pas suturé en raison de sa friabilité. Ce n'est qu'après cicatrisation qu'on fera, si besoin est une trachéloraphie.

Nous avons dit que l'amputation spontanée du col ne présentait aucun danger, son traitement ne présente rien de particulier.

C'est volontairement que nous avons passé sous silence des interventions généralement déconseillées. Les manœuvres manuelle ou instrumentale de dilatation du col sont dangereuses et inefficaces en cas d'œdème.

Les différentes méthodes de césarienne abdominale sont à écarter, car les femmes atteintes d'œdème dur du col ne sont guère examinées qu'après une période assez longue de travail, la poche des eaux étant rompue.

En somme, en présence d'œdème dur du col, la conduite à tenir peut être schématisée de la façon suivante :

Incisions du col, forceps (DUHRSEN et CATHALA.)

Embryotomie si fœtus mort.

Pelvitomie si enfant vivant et si forceps difficile ou dangereux.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Rigidité du col. Bassin généralement rétréci. Sphacèle du col suivi de péritonite mortelle.

Tempérament sanguin, constitution robuste, dix-huit ans. *Bassin un peu resserré*, premières douleurs le 16 juin 1816 au soir. Le 17 au matin, douleurs faibles, orifice entr'ouvert, *rigide, tête extrêmement élevée et inaccessible au doigt.*

Dans le jour, douleurs plus fortes sans dilatation de l'orifice; abdomen fort sensible (saignée, bain entier). Le soir, orifice encore rigide, mais entouré d'un bord fort mince et ouvert de douze à quinze lignes, tête plus basse. Dans la nuit, vomissement verdâtre, céphalalgie, soif ardente, fièvre intense.

Le 18, matin, douleurs puissantes, *rupture spontanée des membranes*; progrès peu considérable, mais suffisant pour permettre l'application de forceps. Cet instrument fut dirigé comme dans les deux cas précédents, la position étant absolument la même et on y employa les mêmes précautions. Comme dans les cas précédents, l'enfant a donné quelques signes de vie; mais nos efforts n'ont pu les lui conserver.

Le jour même, frissons, douleurs aiguës dans la région iliaque gauche. Une potion huileuse très épaisse.

Le deuxième jour, fièvre, céphalalgie, délire croissant de moment en moment; le troisième jour, mort dans la matinée.

Examen du cadavre : sérosité purulente entre les circonvolutions intestinales. Perforation d'un pouce de diamètre à la

paroi postérieure de l'estomac; utérus volumineux; quelques taches gangréneuses à l'entrée du vagin et du col de l'utérus; *une rupture, capable de recevoir l'extrémité du doigt, se voyait à la partie du col de la matrice qui répondait à l'angle sacro-vertébral. Ces dernières lésions étaient évidemment le fait du séjour de la tête en cet endroit et de l'étroitesse du détroit abdominal du bassin.*

Mme LA CHAPELLE,
in thèse Toledo.

OBSERVATION N° 2

Rigidité anatomique typique, bassin vraisemblablement rétréci, enfant volumineux.

Adèle Pel..., 40 ans entre le 10 octobre 1886 à l'hôpital de la Charité, Salle Sainte-Marie, lit N° 7.

Cette femme était arrivé au terme de sa première grossesse.

Le 17 octobre, à la suite d'une longue marche qui l'a beaucoup fatiguée, l'œuf se rompt et les eaux s'écoulent, le travail n'était pas encore déclaré. Ceci se passait le soir et l'écoulement continua le lendemain matin 18 octobre. Dans la nuit, inquiète, elle va voir une sage-femme qui ne constate pas de début de travail et l'engage à rester couchée. Cependant, à ce moment, il y a quelques douleurs vagues.

Le 19 octobre, le travail s'établit lentement, le col s'efface et la dilatation arrive à égaler une pièce de cinquante centimes. La tête presse directement sur le tissu interne, et la sensation douloureuse correspondant à chaque contraction se fait pénible à supporter. Les contractions sont d'ailleurs très rares et très faibles. Le travail traîne visiblement, le col s'épaissait peu à peu.

On donna un grand bain d'abord, puis on pratiqua des lotions belladonnés sur les rebords de l'orifice. A la suite de ce traitement, vers 7 heures du soir, les contractions réappa-

raissent et sont moins douloureuses, mais cette reprise du travail dure peu et la malade fatiguée s'endort sur le matin. La dilatation n'a pas fait de progrès sensible.

Le 10 octobre, dans la matinée, vers 7 heures, à son réveil, la parturiente paraît avoir des douleurs fortes se succédant avec assez de régularité. Cet état persiste pendant quelques heures, mais de nouveau l'épuisement arrive vers midi; l'on me fait revenir.

Je vois la femme vers deux heures, j'assiste à deux ou trois contractions. La parturiente paraît souffrir beaucoup ou du moins elle se plaint très fort, et cependant le durcissement du globe utérin est peu marqué. La contraction est de courte durée, il est clair que c'est là un travail mal engagé, très paresseux dans lequel le muscle utérin fonctionne mal.

Je touche et je constate que la dilatation de l'orifice est à peine un peu plus grande que le diamètre d'une pièce de 0 fr. 50. Les rebords sont très épais et d'une consistance sur laquelle je dois insister. Elle n'est pas égale si l'on considère les parties profondes de l'anneau. *L'index introduit dans l'orifice et en suivant exactement le circuit interne, sent une espèce de bourrelet, dur, donnant la sensation classique de l'anneau de cuir bouilli, ou de quelque chose d'analogue, mais cette dureté réside surtout dans la partie de l'anneau qui repose sur le cuir chevelu du fœtus, c'est-à-dire dans la partie la plus profonde, tandis qu'en retirant un peu le doigt, en analysant la sensation fournie par la partie externe ou vaginale de l'anneau, celle qui fait un relief du côté du vagin, on reconnaît que cette portion est moins dure, moins résistante, plus élastique en même temps. On arrive même à apprécier que la dureté des rebords de l'orifice diminue progressivement de l'intérieur à l'extérieur, de la tête fœtale vers le vagin. Là c'est un cercle qui paraît inextensible, ici c'est un bourrelet qui offre plutôt la consistance de l'infiltration œdémateuse, quoique dure et résistante aussi, mais qui cède un peu à la pression du doigt.* Toutefois, je puis dire que jamais peut-être je n'ai été plus réellement en présence du col rigide, tel qu'on le décrit partout. *Cette rigidité paraissait bien être la rigidité anatomique des auteurs. Comme caractère clinique, rien n'y manquait.*

C'était une occasion favorable entre toutes pour vérifier la part qui revenait dans la distocie actuelle à la résistance de l'anneau cervical, et celle qui appartenait à l'insuffisance des contractions. Je restai près de la parturiente en manifestant tout haut mon intention de la faire transporter à l'hôpital dans le service de la Charité que je dirigeais alors. J'écrivis séance tenante à mon externe la note suivante que je transcris, et qui résume la situation.

« Ecoulement prématuré des eaux; contractions paresseuses et douloureuses; effacement lent du col; dilatation lente à chaque contraction, souffrances anormalement vives. Rien de spasmodique, mais l'excès de la douleur ressenti au col, et dépendant probablement du défaut l'interposition de la poche des eaux, occasionne par voie réflexe un trouble dans la contraction utérine : elle est lente, dérégulée, peu intense. »

Je ne sais s'il faut attribuer à ma présence et à l'émotion visible qui s'empare de la malade, lorsque je parlai de la faire transporter à l'hôpital, mais presque sous mes yeux et très vite, quelques contractions énergiques apparurent et je constatai en peu de temps une modification évidente dans l'état du col, qu'elles distendaient et amincissaient; bref, l'orifice se dilatait visiblement. *Une demi-heure après mon entrée chez la sage-femme, la demi-circonférence gauche du bourrelet était entièrement aplatie, l'induration* DUE JE PENSE A L'ŒDÈME avait disparu, il était alors deux heures et demie. Je fais donner un quart de lavement avec quelques gouttes de laudanum pour la route et la femme part en voiture pour la Charité. J'avais prescrit à tout hasard un grand bain et du sulfate de quinine.

A 3 heures, elle était couchée dans le lit de travail de la maternité de la Charité. Les contractions avaient été presque subintrantes et très énergiques; la dilatation était complète, ainsi qu'en témoigne la note rédigée par M. Lancry, interne du service, et la sage-femme de garde.

Une fois l'orifice franchi par la tête qui est en OIGT, les douleurs diminuent de force et de fréquence, la malade ne veut faire aucun effort. Un gramme de sulfate de quinine ne produit qu'un effet médiocre, ce qui est très explicable

étant donné la période du travail. Finalement, comme les battements du cœur fœtal se ralentissent, *M. Lancry fait une application de forceps qui paraît avoir été pénible. L'enfant est volumineux*, et il existe un double circulaire du cordon autour du cou et autour du tronc, qui a produit un état asphyxique du fœtus. On le ranime néanmoins par l'insufflation et les soins appropriés. Très légère déchirure de la commissure périnéale.

DOLERÈS, *in thèse Toledo.*

OBSERVATION N° 3

Détachement circulaire de la portion vaginale du col, lié à un état de rigidité dit anatomique. (BONNAIRE.)

La pièce que j'ai l'honneur de présenter a été recueillie au cours d'un accouchement artificiel, *chez une primipare de 35 ans*. Les renseignements que nous avons pu obtenir de cette femme, parlant une idiome peu compréhensible, ont manqué de précision. Il semble bien qu'elle n'ait eu aucun passé pathologique important, spécialement en ce qui regarde son organisme génital. Elle arrive à la Maternité le 25 février, apparemment au terme de sa grossesse, *en travail depuis trois jours, avec rupture des membranes remontant à 40 heures*. Le fœtus se présente en OIGA, engagé à mi-excavation, avec bruits du cœur réguliers. *L'orifice utérin est dilaté selon la dimension d'une petite paume de main; les bords en sont tendus, épais, résistants; le tissu, quoique flasque, est inextensible; il donne la sensation d'un morceau de cuir trempé dans l'eau chaude. Une volumineuse bosse sero-sanguine est étranglée dans cet anneau cervical*. L'utérus est en état de rétraction permanente, mais modéré; les contractions sont rares et courtes, mais très douloureuses.

Le travail reste quasi stationnaire jusqu'au 26 février :

mais à notre visite de ce jour, nous constatons l'écoulement d'un liquide amniotique putride, largement mélangé de méconium. En même temps, les battements du cœur fœtal se précipitent, ils atteignent 200 par instants, et deviennent arythmiques. La femme très agitée et indocile — on a peine à l'empêcher de s'introduire la main dans le vagin — a une température de 38° avec un pouls à 100.

La dilatation du col est encore incomplète, *mais on ne peut atteindre le bourrelet épaissi et rigide du col, coincé entre la paroi pelvienne et la tête fœtale*, que sur l'étendue d'un centimètre à peine. Cette disposition ne permet, ni de tenter une dilatation complémentaire artificielle à l'aide des doigts, ni de trouver une voie suffisante pour inciser largement le col. En raison du danger immédiat que court l'enfant, et des risques auxquels l'infection amniotique expose la mère, nous procédons à l'extraction immédiate de l'enfant à l'aide d'une application de forceps.

L'instrument est mis en place sans difficulté aucune, mais, dès les premières tractions, sous l'effort développé par une seule main, et qui n'excède certainement pas 5 kilos, on voit glisser entre les cuillers et tomber hors de la vulve, une colerette charnue qui n'est autre que le col utérin, lequel semble s'être détaché d'un bloc comme sous un coup d'emporte-pièce.

Ce ruban courbe, semi-circulaire, a une hauteur de 2 cm. 1/2 en moyenne; il semble bien représenter environ les 4/5 de la calotte cervicale et nous nous en assurons ultérieurement en constatant que le lambeau resté adhérent siégeant au niveau du promontoire, n'excède pas le cinquième de l'étendue de la région du museau de tanche distendu. L'extraction s'effectue sans difficulté; l'enfant vit. Aussitôt après l'exploration pelvienne nous montre qu'il existe *une atrésie généralisée du bassin*. Il semble bien que le tissu cervical ait été uniformément comprimé entre la tête hyperfléchie et les parois du bassin, et que cette structure circulaire et localisée ait préparé, par l'attrition des tissus, le détachement de la portion sous-jacente du col.

Le lambeau, ainsi expulsé, donnait au doigt la sensation

que nous avions recueillie par le toucher. On le sentait friable, en même temps qu'inextensible et flasque. Cette mauvaise qualité des tissus, nous pûmes encore la constater lors de la tentative que nous fîmes, après la délivrance et la désinfection iodée de l'utérus, pour fermer par un surjet de catgut la collerette cruentée répondant à l'attache du vagin. L'aiguille et le fil ne trouvèrent pas plus d'assise sur le col utérin que s'il se fut agi de tissu placentaire. Il nous fallut faire un tamponnement hémostatique de 12 heures.

Les caractères du col, tant avant qu'après la séparation de sa portion vaginale, étaient nettement ceux que l'on décrit sous le nom de « rigidité anatomique ». Il y avait cependant, au moins en apparence, altération des tissus. M. Durante, notre chef de Laboratoire, fit un examen histologique du lambeau cervical par coupe en séries, et ce sont les constatations précises, qu'il a été ainsi amené à faire, et que nous reproduisons ci-après, qui donnent à notre observation son intérêt essentiel.

Les coupes ont porté sur trois points différents qui ont montré des altérations identiques.

En se portant de bas en haut, du museau de tanche vers la zone de rupture, on peut diviser ce col en trois portions principales ayant des caractères histologiques distincts.

I. La partie la plus inférieure est presque uniquement constituée par un tissu œdémateux réticulé à larges mailles, semé de noyaux. Les vaisseaux y sont rares. Dans les mailles, on retrouve des leucocytes à noyaux granuleux en voie de dégénérescence.

C'est une *zone œdémateuse* simple, sans notable infiltration, sans multiplication ni dilatation vasculaire. Elle semble représenter la couche sous muqueuse du museau de tanche, imbibée fortement de sérosité, qui en distend le réseau conjonctif. Il est à noter, toutefois, que l'on n'y rencontre aucune trace de cellules musculaires reconnaissables.

II. La partie moyenne, comprenant à elle seule plus de la moitié de la hauteur du fragment arraché, a un aspect très différent. Sauf en bordure de deux faces, elle est presque uniquement formée par d'énormes vaisseaux extrêmement

dilatés, dont le plus grand nombre sont dirigés perpendiculairement à la coupe, c'est-à-dire parallèlement au rebord du museau de tanche, et qui donnent à cette région un véritable aspect angiomateux. Leurs parois sont encore reconnaissables, mais minces et pour la plupart, en dégénérescence.

Quelques-unes se sont rompues, d'où une infiltration sanguine du tissu interstitiel enrobant en quelque sorte ces vaisseaux. A ce niveau, les colorations prennent mal sur les tissus qui sont en voie de nécrose.

En dehors de ces zones hémorragiques, on trouve, à côté des plexus veineux dilatés et pleins de sang, des veines thrombosées et un grand nombre présentant autour d'elles une forte infiltration leucocytaire.

Le tissu fondamental est également infiltré de leucocytes qui ont un noyau granuleux et paraissent en voie de dégénérescence.

A la limite supérieure de cette zone angiomateuse, ou mieux, peut-être, variqueuse, apparaît un tissu conjonctif de soutien, mieux dessiné, séparant de grosses veines dilatées ou thrombosées. On y retrouve encore de l'infiltration leucocytaire.

Nulle part, dans cette région, nous n'avons pu retrouver de faisceaux vasculaires lisses.

III. Dans la zone de déchirure et la portion immédiatement voisine existe des fibres conjonctives adultes et relativement épaisses, mais pauvres en cellules et semblant peu vivaces. Les vaisseaux sont peu nombreux et l'infiltration leucocytaire presque nulle. Mais on ne constate pas non plus à ce niveau de faisceaux vasculaires lisses reconnaissables.

La face interne (utérine) ne monte plus de revêtement épithélial. Mais à une petite distance de la surface, on retrouve quelques débris glandulaires, quelques-uns bien conservés, la plupart dégénérés.

Sur la face externe, le revêtement n'est conservé qu'en partie seulement. Il fait défaut également sur le bord inférieur qui n'est limité que par une ligne plus dure et plus épaisse, mais sans épithélium visible.

Nous n'avons pas trouvé d'agents microbiens sur les coupes dans les zones infiltrées.

En résumé, la caractéristique de ce col est une dilatation veineuse énorme avec thrombose, stase et infiltration.

La dilatation vasculaire, les thromboses récentes, les hémorragies peuvent relever de causes mécaniques.

Mais ces causes ont agi sur un col certainement altéré antérieurement, et dont les éléments ont d'autant plus facilement cédé.

Nous en voyons surtout la preuve dans la disparition totale des fibres musculaires lisses que nous n'avons pu retrouver ni au niveau de portion angiomateuses, ni même plus haut, vers la déchirure.

BONNAIRE.

Remarques. — Ces trois cas de rigidité anatomique classique que leurs auteurs ont publié dans des buts différents résument presque toute l'histoire de l'œdème dur du col.

Concernant des cas actuellement décrits sous le nom d'œdème dur du col, aucun des symptômes n'est omis.

Dans l'observation de Mme La Chapelle, le bassin est rétréci et l'appui de la tête sur le promontoire a provoqué le sphacèle du col qui a provoqué une péritonite mortelle.

Dans l'observation de Bonnaire, suivie d'une étude anatomo-pathologique du col spontanément amputé, le bassin est généralement rétréci et la tête est restée coincée entre les parois pelviennes pendant toute la durée du travail.

Dans l'observation de Doleris, minutieuse et également typique, la tête d'un fœtus volumineux est restée coincée au détroit supérieur — qui n'est pas signalé comme étant rétréci, bien que la dysharmonie fœto-pelvienne soit évidente, d'autant que la tête était en tra-

vers — jusqu'au moment où l'examen clinique, déplaçant la présentation, a permis à l'œdème de céder un peu, à la dilatation de se faire. Mais l'extraction ou forceps d'un gros enfant fut très pénible, ce qui indique clairement que la dystocie n'était pas simplement cervicale.

*
**

Ces trois cas se superposent donc point par point à ceux qui suivent. Ce sont des observations récentes répondant à la description clinique d'œdème dur du col que nous avons donnée plus haut. Dans aucun de ces cas, l'œdème n'a évolué vers le sphacèle, car un traitement précoce s'adressant à la dystocie pelvienne et à la dystocie cervicale a permis l'accouchement artificiel.

OBSERVATION N° 4

Bassin généralement rétréci. Volumineux enfant. Œdème dur total du col. Incisions du col. Symphyséotomie.

K..., primipare à terme, entre à la maternité le 15 mai 1924. Le 17 mai, la dilatation n'a pas progressé, la tête, en bas, n'est pas engagée, le travail est peu énergique. Le bassin est généralement rétréci.

Le 17 mai, à 13 heures, la poche des eaux se rompt.

A 16 heures, la tête descend un peu, la dilatation n'augmente pas, mais le col s'infiltré d'œdème.

Le 18 mai, à 9 heures, la tête est e n D. P. très fléchie. Bruits du cœur bons. Dilatation à 2 francs. Col épais et dur. Les culs de sacs étant profonds, on incise le col en avant et en arrière et on essaie l'extraction au forceps. Devant l'échec

de cette manœuvre, on pratique une symphyséotomie à la Zarate qui donne un écartement de 3 cm. On peut alors extraire au forceps un garçon vivant pesant 4.950 grammes.

Décès de la mère le 13 juin.

OBSERVATION N° 5

Amputation spontanée du col. Bassin généralement rétréci.

Chez une femme dont le travail durait depuis deux jours et demi sans progresser, la sage-femme qui avait constaté une dilatation de 4 centimètres à 8 heures du matin est étonnée, en l'examinant une heure plus tard, de trouver une dilatation presque complète. A mon arrivée dans le service, j'examine la parturiente; je constate dans la partie droite du vagin, une languette de 7 à 8 centimètres qui tombe du col dans le vagin et qui présente un orifice en son milieu. Ayant constaté un bassin généralement rétréci avec un sommet en OIGA à la partie supérieure de l'excavation, je pratique une pubiotomie suivie d'une application de forceps. La languette qui avait été sentie au toucher sort en même temps que l'enfant. Après étalement, on constate qu'il s'agit du col utérin expulsé en totalité; à son centre se voit l'orifice cervicale dilaté de 4 centimètres. Les parois cervicales larges de 2 à 4 cm., selon la portion examinée, sont fortement œdématisées et infiltrées de sang, sauf dans un quart de leur étendue correspondant à la partie qui était restée adhérente avant l'intervention.

M. CATHALA,

Résumé (publié récemment) d'une observation publiée en détail en 1926 à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris.

OBSERVATION N° 6

*Rigidité du col. Incisions du col suivies de Symphyséotomie.
Forceps. Atrésie du bassin.*

S... Jeanne, 33 ans, primipare à terme, est admise au dortoir de la Maternité, le 18 octobre 1928.

Le 19 octobre, on constate à l'examen une présentation aphalique fixée. La parturiente accuse quelques douleurs, le col est en voie d'effacement. On ne peut sentir le promontoir, mais les épines sciatiques sont saillantes. Les membranes sont intactes.

Le 20 octobre, le col est œdématié, épais, rigide, les membranes sont rompues et par la dilatation de 5 francs environ, on sent un chevauchement considérable des os du crâne en position transverse.

A 10 h. 45, M. Cathala pratique des incisions du col, mais l'extraction de l'enfant au forceps est impossible, la descente de la tête étant empêchée par les épines sciatiques.

Un Symphyséotomie par le procédé de Zarate permet alors la descente de la tête et l'extraction d'un garçon ranimé 15 minutes après, qui pèse 3.320 grammes.

Le 14^e jour, la mère et l'enfant quittent la Maternité.

OBSERVATION N° 7

Bassin généralement rétréci. Œdème dur total du col. Symphyséotomie, incision du col.

G... Georgette, 21 ans, primipare à terme, entre en travail le 1^{er} mars 1930, à 3 heures. Peu après, on constate que la tête est fixée au détroit supérieur du bassin qui est généralement rétréci.

Le 2 mars, les douleurs sont plus fréquentes, mais la dilatation ne progresse pas.

Le 3 mars, la tête n'a toujours pas tendance à s'engager, œdème total du col, dilatation stationnaire.

A 14 h. 30, un interne pratique une symphyséotomie à la Zarate, la tête s'engage à la partie moyenne de l'excavation mais la dilatation ne permet pas l'extraction et les incisions du col ne sont pas possibles, sans danger.

A 18 heures, dilatation d'une grande paume et œdème dur du col.

A 19 h. 30 l'œdème est plus marqué et plus dur. Les culs-de-sac étant profonds on extrait après incisions du col un enfant pesant 4 kg. 300.

Décès de la mère le 3 mars à 23 heures.

OBSERVATION N° 8

Présentation bloquée au D. S. Œdème progressif du col. Incisions, forceps. Enfant volumineux mort.

B... Louise, 28 ans, III^e pare, entre à la Maternité après 17 heures de travail, le 19 août 1930 à 10 heures. La poche des eaux s'est spontanément rompue il y a plusieurs heures, la dilatation est à 5 francs, le col œdématié en totalité. Fœtus vivant, présentation du sommet bloquée au Déroit supérieur en O. I. G. T.

A 14 heures. Malgré les contractions utérines, la dilatation ne progresse pas, l'œdème du col s'accroît, la bosse sero-sanguine devient plus volumineuse.

A 19 heures. Incision de la lèvre antérieure du col, température 38.2.

A 21 heures. L'œdème n'a pas cédé, la tête ne s'est pas engagée, la bosse sero-sanguine est devenue très volumineuse. Souffrance fœtale.

A 24 heures. 31 heures après le début du travail on incise

la lèvre postérieure du col et après une application très pénible de forceps on extrait un garçon volumineux pesant 4.470 grammes qui ne peut être ranimé.

OBSERVATION N° 9

Bassin généralement rétréci, gros enfant, œdème total dur du col. Pubiotomie. Quatre jours de travail.

N... Hélène, 31 ans, III^e pare à terme, entre à la Maternité le 11 septembre 1931 après trois jours de travail. Les membranes sont rompues depuis 28 heures.

La présentation céphalique est très élevée. La dilatation à 2 francs. Bassin rétréci.

Le 12 septembre 1931. La tête est fixée au détroit supérieur. Dilatation d'une petite paume. Col épais dur œdématié sur la totalité.

A 11 h. 45. Pubiotomie. Extraction d'un gros garçon vivant pesant 4.680 grammes.

Dans les antécédents, 2 grossesses. Le premier accouchement d'un enfant vivant extrait au forceps. Le deuxième accouchement pénible par le siège d'un enfant vivant.

En 1932 quatrième grossesse. Accouchement spontané.

OBSERVATION N° 10

Bassin généralement rétréci. Œdème dur total du col. Incisions du col. Forceps au bout de 98 h. 30 de travail.

R... Léontine, 31 ans, primipare à terme, est admise à la Maternité le 18 août 1932 ayant perdu les eaux depuis le 15 à 22 heures.

A 10 h. 30. M. Cathala examine la femme et dicte le protocole suivant :

Bassin généralement rétréci. On n'atteint pas le promontoire à cause de la tête qui appuie sur le D. S. et pointe dans l'excavation. O I G A hyperflexion. Dilatation 2 francs, liquide teinté.

Oedème total du col plus accentué en avant. Culs-de-sac peu profonds, 2 cm. 1/2.

A 15 heures, id.

Le 19 août, à 10 h. 30, même dilatation, le col très épais est plus oedématié encore, par la dilatation on sent une volumineuse bosse sero-sanguine.

La tête est coincée dans l'excavation, température 38, pouls 140.

Les culs-de-sac vaginaux s'étant approfondis, 5 à 6 cm., on incise en avant et en arrière le col très oedématié et dur.

Extraction assez difficile au forceps d'un garçon de 3 kg. criant après 5 minutes de soins.

Délivrance naturelle complète.

Le 12^e jour la mère et l'enfant quittent l'hôpital.

OBSERVATION N° 11

Atresie du bassin. Rigidité du col. Puliectomie, incisions du col. Forceps.

R... Minalla, 30 ans, primipare à terme, est admise à la Maternité le 14 novembre 1933 à 11 heures. La femme est atteinte d'un rétrécissement transversal du bassin, la présentation est haute, mobile, le travail débute à peine.

A 18 heures, la dilatation est de 2 francs.

A 21 heures, les membranes sont rompues spontanément, la dilatation est de 5 francs environ, les contractions sont énergiques, la tête est arrêtée au détroit supérieur. Le col est épais, oedématié rigide.

Le 15 novembre. La dilatation est stationnaire, les contractions sont rares, la femme se plaint continuellement. Les bruits du cœur fœtal sont bons.

A 11 h. 45, M. Cathala intervient. A ce moment la dilatation est de 6 cm., l'état du col sans changement mais les culs-de-sac vaginaux sont profonds. Après pubiotomie et incisions du col, l'extraction d'une fille vivante pesant 3.400 grammes s'effectue facilement après deux prises de forceps.

Le 27 mars 1935, la femme accouchera spontanément à terme d'une fille vivante pesant 3.700 grammes sans présenter d'œdème du col.

OBSERVATION N° 12

Observation montrant les lésions traumatiques des parties molles de la mère et de l'enfant.

La femme N..., V^e pare, entre à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis le 13 janvier 1933, à midi. Le travail a débuté le matin à 7 heures par la rupture spontanée des membranes. L'examen, fait à l'entrée, montre une tête au détroit supérieur en O I D P, très fléchie, presque en front; la fontanelle antérieure est près du centre du bassin, mais on sent, à bout de doigt, la fontanelle postérieure. Il existe de l'œdème. La dilatation est de 5 centimètres de diamètre. L'utérus est un peu rétracté. Les contractions utérines sont peu intenses toute la journée. La femme repose pendant la nuit du 13 au 14 janvier.

Les contractions deviennent plus fortes le matin. A 9 heures, la parturiente accouche spontanément d'un garçon du poids de 3.550 grammes; le placenta pèse 700 grammes.

A l'examen de l'enfant, on constate des lésions traumatiques de la face et du cuir chevelu. Il existe une ligne d'eschares presque ininterrompue qui dessine sur la tête de l'enfant le pourtour du détroit supérieur du bassin de la mère. Cette ligne passe au niveau du nez et croise en arrière la suture

sagittale au-dessus de la fontanelle postérieure, correspondant, par conséquent, à l'aire d'engagement d'une présentation du front. La chute des escharres provoque les jours suivants des plaies profondes qui, après guérison, laissent des cicatrices de la face, moins vicieuses qu'on aurait pu le croire.

Chez la mère, après l'expulsion du fœtus, on constate, hors de la vulve la présence de la lèvre antérieure œdématiée et gorgée de sang qui pend au devant du périnée sous forme d'une languette noirâtre longue de 11 centimètres et large de 3 centimètres près de son extrémité inférieure.

Après ligature, elle est sectionnée près de son insertion qui se trouve à gauche et en avant.

Le 19 janvier, la femme perd des urines. L'examen montre une fistule vesico-utérine consécutive à la chute d'une escharre.

OBSERVATION N° 13

Œdème total progressif. Bassin généralement rétréci. Incisions du col et forceps insuffisants pour extraire un enfant volumineux. Pubiotomie.

B... Marthe, 28 ans, primipare à terme, entre à la salle de travail le 8 octobre 1934, à 11 heures, elle a perdu les eaux, l'utérus ne se contracte pas, la tête est mobile dans la fosse iliaque gauche.

Le 9 octobre 1934, à 10 h. 45. La tête est médiane, mobile. Par le col dilaté à 2 centimètres s'écoule un liquide teinté, fétide. La température est à 36.8, les bruits du cœur sont bons. Bassin généralement rétréci, promonto-sous-pubien à 10 centimètres. En raison de la rupture des membranes à l'entrée à la Maternité on décide d'attendre l'épreuve du travail.

A 11 h. 50, les contractions assez fortes s'établissent régulièrement toutes les 7 minutes. Les bruits du cœur fœtal sont bons.

A 22 heures. La tête se fixe au détroit supérieur et un léger œdème total du col débute.

Le 10 octobre 1934 à 10 heures, M. Cathala constate que la tête est fixée au détroit supérieur en D P, que le col est dilaté de 6 centimètres de diamètre et qu'il est le siège d'un œdème total. Le liquide amniotique est fétide, purée de pois, l'utérus est rétracté. Les bruits du cœur sont entendus mais très rapides.

Les culs-de-sac vaginaux étant profonds de 4 centimètres environ.

Intervention : Incisions antérieure et postérieure du col. Une application de forceps ne permettant pas de faire franchir le D S à la tête, une pubiotomie gauche est pratiquée. Elle donne un écartement de 2 centimètres qui permet d'extraire au forceps un garçon de 4.300 grammes ranimé au bout de 20 minutes.

Délivrance artificielle. Vérification utérine. Réfection du périnée.

Sortie de l'hôpital le 2 décembre 1934. Enfant décédé le 20 octobre 1934 d'un phlegmon de la nuque.

OBSERVATION N° 14

Incisions du col et forceps en D P au détroit supérieur pour non progression de la dilatation et œdème dur du col. Bassin rétréci.

R... Henriette, 33 ans, III^e pare (les deux accouchements antérieurs ont nécessité l'application de forceps) entre à terme à la Maternité le 11 février 1935; à 10 h. 30, le travail est commencé.

A 11 heures, les membranes sont rompues spontanément, dilatation 2 centimètres, tête haute mobile. Le promontoire est accessible.

A 18 heures. Température 38.1 Dilatation 5 centimètres.
Tête fixée.

A minuit. Les douleurs s'espacent et sont moins fortes.

A 8 h. 30. Température 37.6, la dilatation ne progresse plus, le col s'infiltré d'œdème et le sommet est fixé en D P.

A 16 h. 30, après administration d'hypophyse, la situation est stationnaire. On intervient par incisions antérieure et postérieure du col et on extrait au forceps une fille pesant 2.940 grammes.

Délivrance naturelle complète 630 grammes.

OBSERVATION N° 15

Bassin légèrement rétréci. Œdème dur du col. Incisions du col. Forceps.

S..., 29 ans, primipare à terme, admise à la salle de travail le 10 mars 1935 à 20 heures.

Le 11 mars 1935, à 22 h. 30, intervention d'urgence.

« Forceps après incisions antérieure et postérieure du col pour rigidité et non progression de la dilatation chez une primipare en travail depuis 30 heures ayant un bassin légèrement rétréci. Sommet en O I D P à la partie haute de l'excavation. Après avoir effectué la rotation, prise correcte du forceps et extraction d'un enfant du sexe masculin pesant 3.020 grammes, criant immédiatement. Délivrance naturelle environ 30 minutes après l'accouchement. Membranes paraissant complètes bien que déchirées.

Suites opératoires normales.

CONCLUSIONS

Au cours de ce travail, nous avons montré :

1° Que si la symptomatologie de la « rigidité anatomique » est de connaissance ancienne et précise sa véritable cause, l'œdème dur du col est une acquisition relativement récente.

2° Que les particularités anatomo-pathologiques de cette forme d'œdème du col ont retardé la connaissance de l'œdème dur lui-même, qui est actuellement considéré comme de cause mécanique relevant d'un rétrécissement du bassin ou d'un excès de volume du fœtus.

3° Que l'œdème dur du col forme un tout clinique anatomique, pathogénique, et qu'il relève d'un traitement chirurgical approprié.

4° Enfin, qu'à l'aide d'une confrontation d'observations typiques de rigidité anatomique classique et d'observations récentes d'œdème dur du col, aucune confusion ne peut régner : il s'agit bien de la même affection.

Vu :

Le Président de thèse,
BRINDEAU

Vu :

Le Doyen,
ROUSSY

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie,
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- ABEILLE. — Réflexions sur la rigidité du col. (*Gaz. des Hôpit.*, 1860, p. 282.)
- ARRIVÉE. — Sur un cas d'œdème du col pendant l'accouchement. (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1901, p. 103.)
- AUDEBERT. — Du tamponnement cervico-vaginal dans les formes rigides du col. (*Arch. méd. de Toulouse*, 1899, p. 273.)
- Arrachement circulaire du col utérin pendant l'accouchement. (*Arch. méd. de Toulouse*, 1903, p. 62.)
- Quelques observations d'incision unique dans la rigidité du col. (*Rev. fr. de gyn. et d'obst.*, 1924, p. 499.)
- AUDEBERT, GABY-GASPARRON. — Incision médiane antérieure unique de la portion intra-vaginale du col au cours de l'accouchement. (*Soc. d'obst. et de gynéc. de Toulouse*, 1926.)
- BÉNIT. — Contribution à l'étude des grandes incisions du col de l'utérus au cours de l'accouchement. (*Thèse Méd.*, Paris, 1920.)
- BOISSEL. — Lésions et évolution de l'œdème du col se produisant au cours de l'accouchement. (*Thèse Méd.*, Paris, 1922.)
- BONNAIRE. — Détachement circulaire de la portion vaginale du col lié à un état de rigidité dit anatomique. (*Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1911, p. 229.)
- BOUFFE-DE-SAINT-BLAISE. — Arrachement de la partie vaginale du col utérin par la tête fœtale. (*Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1890, p. 53.)
- BOUCHARD. — Incision dans la rigidité du col. (*Bull. gén. de Thérapeut.*, 1861, p. 504.)
- BOURSIER. — Sur un cas de dystocie du col traité par l'incision. (*Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Bordeaux*, 1921. — *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1921, p. 339.)

- BOYER. — Contribution à l'étude de l'oblitération du col utérin chez la femme en couches. (*Thèse Méd.* Paris, 1890.)
- BUNTING. — Du traitement de la rigidité du col utérin pendant le travail de l'accouchement. (*Thèse Méd.*, Paris, 1861.)
- BURGER. — Dystocie par œdème du col. (*Journ. d'Obst. et de Gynéc. de Strasbourg*, 1924. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1924, p. 687.)
- CADÉAC. — De la rigidité du col utérin pendant le travail de l'accouchement. (*Thèse Méd.*, Paris, 1859.)
- CATHALA. — Les incisions de la portion intra-vaginale du col utérin au cours de l'accouchement à terme. (*Gynéc. et Obstétrique*, 1920, p. 115.)
- Amputation totale du col utérin consécutive à un œdème du col au cours du travail. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1926, p. 551.)
- CATHALA et SEYDEL. — Sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de l'œdème du col de l'utérin au cours du travail. (*Gynécologie et obst.*, juillet 1934.)
- CHAMBRELENT. — Dystocie par œdème et agglutination du col. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. et Chir. Bordeaux*, 1914-15, p. 381.)
- COHEN. — Des incisions du col utérin pendant l'accouchement. (*Thèse Méd.* Paris, 1927.)
- CARIVEAUD. — Dystocie par rigidité du col. (*J. de Méd. de Bordeaux*, 1879-80, p. 472.)
- COUINAUD. — L'œdème et la rigidité du col pendant le travail. (*J. de Méd. et de Chir. prat.*, 1919, p. 567.)
- COROMILOS. — Traitement de la rigidité du col de l'utérus. (*C. R. du Congrès intern. de Gyn. et d'Obst.*, 1896-97, p. 294.)
- COUVELAIRE. — Rigidité secondaire des bords de l'orifice utérin par inflammation aiguë du col au cours du travail. (*Ann. de Gynéc.*, 1908, p. 321. — *C. R. de la Soc. Obst. et Gyn. et de Pédratrie de Paris*, 1908, p. 134 et 1911, p. 358.)
- DESNOYERS et FISCH. — Lésions du col de l'utérus qui précèdent la rigidité secondaire. (*Bull. Soc. Obst. et Gynécol.*, 1923, p. 13.)
- DOLÉRIS. — Des fausses rigidités du col pendant l'accouchement. (*M. Arch. d'Obst. et de Gynéc.*, 1887, p. 495.)

- DUPLAT. — Rigidité du col utérin. (*Gaz. Méd. de Paris*, 1834, p. 525.)
- ENGELBACH. — Dystocie par rigidité du col utérin. (*M. Arch. Obst. et de Gynéc.*, 1887, p. 90.)
- ENRIQUEZ. — Des incisions de la position vaginale du col pendant l'accouchement. (*Thèse Méd. Paris*, 1915.)
- ETIENNE. — Du gonflement de la lèvre antérieure du col, cause de ralentissement du travail. (*Arch. de Tocologie et de Gynécol.*, 1892, p. 203.)
- FAUGÈRE, VILLAR, GAUTRET. — Infection amniotique, dystocie du col, hystérectomie. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1928, p. 855.)
- FIGUERO. — Des obstacles que le col utérin peut apporter à l'accouchement. (*Thèse Méd. Paris*, 1872.)
- FRUHNHOLZ. — Œdèmes passifs du travail. (*Rev. pratique d'Obst. et de Pédiatrie*, 1907, p. 286.)
- GAUTRET et PAPERVENCHE. — Un cas d'accouchement après incision du col dans un accouchement antérieur. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1925, p. 150.)
- GIRARD. — Contribution à l'étude clinique des œdèmes du col utérin pendant la parturition et leur traitement. (*Thèse Paris*, 1922.)
- GUÉNIOT. — De l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement. (*Arch. Génér. de Méd. Paris*, 1872.)
- Dystocie par allongement et tuméfaction considérable des deux lèvres du col utérin. (*Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie de Paris*, 1878, p. 156.)
- GUILLERMIN. — Sur divers états du col de l'utérus faisant obstacle à l'accouchement spontané. (*Thèse Méd. Paris*, 1855.)
- HAMON. — La rigidité du col utérin et son traitement médical. (*J. de Méd. de Paris*, 1924, p. 14.)
- HAZARD. — Rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement. (*Thèse Méd. Paris*, 1902.)
- JACQUIN. — Œdème polypiforme bilatéral faisant obstacle à l'accouchement. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1922, p. 468.)
- JEANNIN, GARIJUY. — Incision du col de l'utérus pendant l'accouchement obstétrique, 1910, p. 948.)
- JEANNIN. — Les oblitérations du col en obstétrique. (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1925, p. 518.)

- KONINCK (DE). — De l'allongement œdémateux intermittent du col pendant l'accouchement. (*Rev. Méd. de Louvain*, 1899, p. 107.)
- LAFFONT. — Quelques cas d'incisions profondes du col. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1921, p. 833.)
- LELIÈVRE ET VIGNES. — Œdème du col et infection. (*Bull. Soc. Obst. et de Gyn. de Paris*, 1921, p. 391.)
- LE LORIER. — Hystérectomie pour putréfaction foetale et rigidité du col au terme de la grossesse. Guérison. (*Ann. de Gyn. et d'Obst. de Paris*, 1906, p. 35.)
- LEVANT. — Les incisions du col en obstétrique. (*Médecine*, 1920-21, p. 515.)
- LÉVY-SOLAL, CLEISZ. — Incisions du col au cours du travail (œdème). (*Bull. Soc. Obst. et Gynéc. de Paris*, 1921, p. 11.)
- LÉVY-SOLAL, CLEISZ, FAURE. — Amputation partielle spontanée du col œdématisé au cours du travail. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1926, p. 550.)
- MAYGRIER. — Sur la rigidité du col utérin pendant l'accouchement. (*Sem. médicale*, 1891, p. 421.)
- NICKET. — De l'incision du col de la matrice pendant l'accouchement. (*J. de Méd. de Lyon*, 1847, p. 41.)
- OUMET. — Sur la rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement clinique, 1898-99, p. 266.
- OUI. — Opération césarienne pour rigidité du col. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1913.)
- PIERRA. — Travail lent et irrégulier par suite de spasme et d'œdème du col. (*Rev. mens. d'Obst., de Gynéc. et de Pédiatrie*, 1917, p. 169.)
- PORAK. — La rigidité du col pendant l'accouchement. (*J. de Méd. de Paris*, 1890.)
- POTOCKI. — Dystocie par rigidité du col. (*C. R. Soc. d'Obst., de Gynéc. et de Pédiatrie de Paris*, 1899, p. 229.)
- POTOCKI ET SAUVAGE. — L'infection du col pendant le travail. (*Ann. de Gynéc. et d'Obst., Paris*, 1912, p. 154.)
- RASCOL. — Trois cas d'incisions doubles médianes, ant. et post. au cours d'accouch. dystociques par rigidité du col. (*Soc. d'Obst. et de Gyn., Toulouse*, 1926.)
- RÉMY. — Contribution à l'étude des états du col qui troublent l'accouchement. (*Thèse Méd. Nancy*, 1919.)
- RIVIÈRE. — Sur un cas d'incision du col au cours du travail. (*Bull. Soc. Obst. et de Gynéc. Paris*, 1921, p. 585.)

- ROUVIER. — Œdème polypiforme du col. (*L'Obstétrique*, 1908.)
— Un cas d'œdème polypiforme unilabial du col à la fin de la grossesse. (*Gynéc. et Obstétrique*, 1922, p. 374.)
- SAUVAGE. — Les lésions du segment inférieur. (*C.R. Soc. d'Obst., de Gynéc. et de Pédiatrie de Paris*, 1911.)
- SCALI. — De l'accouchement brusqué par les incisions latérales profondes du col. (*Thèse Méd. Paris*, 1920.)
- SCHWAAB. — L'accouchement brusqué au moyen de grandes incisions du col. (*Presse Médicale*, 1920.)
- SURAULT. — Des incisions profondes du col utérin pendant l'accouchement. (*Thèse Bordeaux*, 1922.)
- TISSERANT. — De la non dilatabilité du col de l'utérus comme cause de dystocie. (*Thèse Méd. Nancy*, 1882.)
- TISSIER. — Quelques considérations sur la résistance du col de l'utérus à la dilatation pendant le travail et l'accouchement. (*Thèse Méd. Paris*, 1860.)
- TOFFIEN. — Contribution à l'étude des anomalies de dilatation du col utérin au cours de l'accouchement. (*Thèse Méd. Paris*, 1912.)
- TOLEDO. — Sur la rigidité du col de l'utérus pendant le travail et l'accouchement. (*Thèse Paris*, 1890.)
- VARNIER. — De la rigidité du col utérin pendant le travail. (*Rev. prat. d'Obst. et d'hygiène de l'enfance*, 1891, p. 162.)
— Œdème aigu du col de l'utérus gravide chez une femme ayant subi l'ablation unilatérale des annexes. (*C. R. Soc. d'Obst., de Gynéc. et de Pédiatrie de Paris*, 1902, p. 137.)
- VIGNES, CORNIL. — Sur les lésions histologiques de l'œdème du col pendant le travail. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. Paris*, 1921, p. 485.)
- VIGUIER. — Du débridement du col dans les accouchements. (*Thèse Paris*, 1874.)
- WALLICH. — Etude histologique du col de l'utérus pendant l'accouchement dans deux cas de rigidité de l'orifice. (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, 1890, p. 75; *Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, 1890; *Ann. de la Soc. Obst. de France*, 1893.)
— Discussion du rapport de Potocki sur la rigidité du col. (*Ann. de Gynéc. et d'Obst. Paris*, 1899.)
— De la dilatation stationnaire au cours du travail. (*Ann. gynéc. et d'obst. Paris*, 1908, p. 136.)
— Cf. Vignes et Cornil, 1921 (discussion).
— Rigidité secondaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1923, p. 16.). Cf. Desnoyers et Fisch (discussion).

IMPRIMERIE LABOR
20, rue Delambre
— PARIS=XIV^e —

